



Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Um Sie bestmöglich behandeln zu können, bitte ich Sie beide Seiten dieses Formulars sorgfältig auszufüllen.

Name

Wurden bei Ihnen bereits psychiatrische Diagnosen festgestellt?
Wenn ja, welche?

Unter welchen körperlichen Erkrankungen leiden Sie?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikamentenname	mg	früh	mittags	abends	nachts

Wurden Ihnen psychiatrische Medikamente verordnet, die Sie nicht vertragen haben?

Medikamentenname:	
-------------------	--

Formular für ein Erstgespräch

Unter welchen drei Beschwerden leiden Sie im Moment am meisten?

1.	
2.	
3.	

Wie beurteilen Sie Ihre Denkleistung auf einer Skala von 1-10? Bitte ankreuzen.

sehr schlecht	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr gut
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------

Wie beurteilen Sie Ihre Energie, Ihre Leistungskraft, Ihren Antrieb auf einer Skala von 1-10? Bitte ankreuzen.

keine Energie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	voller Energie
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------

Wie beurteilen Sie Ihre überwiegende Gefühlslage auf einer Skala von 1-10? Bitte ankreuzen.

bedrückt traurig	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	fröhlich zufrieden
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------

Sind Sie häufig gereizt? ja nein

Leiden Sie unter Unruhe, Anspannung und / oder Ängsten? Bitte ankreuzen.

nie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	oft
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----

Fühlen Sie sich von anderen beeinträchtigt, beobachtet, gelenkt, verfolgt? Bitte ankreuzen.

nie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	oft
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----

Hören oder sehen Sie Dinge, die andere nicht wahrnehmen? ja nein

Leiden Sie an Einschlafstörungen und/oder Durchschlafstörungen und/oder frühem Erwachen und/oder Tagesmüdigkeit ? Bitte ankreuzen.

Sind Sie in psychologischer Betreuung / Psychotherapie? ja nein
Wenn ja, bei wem?

Name:	
-------	--

Vielen Dank für Ihre Offenheit.

Dr. Maximilian Jordis-Lohausen